

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

Odontomes et Parodontomes Etude Anatomo-Clinique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1937

PAR

Donat SZMULEWICZ

Né à Lodz (Pologne), le 11 Août 1910

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Montpellier
(Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	TERRACOL, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, professeur		
		LAMARQUE, professeur		
		MOURGUE-MOLINES, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GHIBAUDE et MARCOU

4, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51-10

1937

Odontomes et Parodontomes
Etude
Anatomo-Clinique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

Odontomes et Parodontomes

Etude

Anatomo-Clinique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Avril 1937

PAR

Donat SZMULEWICZ

Né à Lodz (Pologne), le 11 Août 1910

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Montpellier
(Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	TERRACOL, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, professeur		
		LAMARQUE, professeur		
		MOURGUE-MOLINES, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GHIBAUO et MARCOU

4, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51-10

1937

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, <i>assesseur</i>
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Chargé de cours)	CABANNES
Histologie (Chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORIAS

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, <i>ag. libre</i>
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, <i>prof.</i>
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

AGREGES EN EXERCICE

Chirurgie	}	MM. AIMES
		MOURGUE-MOLINES
		GUIBAL
		ROUX
Médecine	}	MM. PAGES
		JANBON
		BAUMEL
		VIDAL
		RIMBAUD
Obstétrique		COLL DE CARRERA
Bactériologie		CARRERE
Ophtalmologie		DÉJEAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

TERRACOL, professeur, *président* | LAMARQUE, professeur
TURCHINI, professeur | MOURGUE-MOLINES, *agréé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare : que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



À MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Qui m'ont laissé partir loin d'eux
durant mes études.*

*Je leur dédie ce modeste travail,
faible témoignage d'une profonde
affection.*

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX
QUI DURANT MES ÉTUDES EN FRANCE
M'ONT TÉMOIGNÉ LEUR SYMPATHIE
ET LEUR AMITIÉ

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

Qui m'a inspiré ce travail.

A MON JURY DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN TURCHINI
PROFESSEUR D'HISTOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE
PROFESSEUR DE RADIOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURGUE-MOLINES
PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
DE CRACOVIE

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL POZNANSKICH,
DE LODZ (POLOGNE)

A MONSIEUR LE DOCTEUR L.-G. FERRIER

STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance pour l'enseignement
qu'il m'a donné dans son service.*

AVANT-PROPOS

Ce modeste travail constitue le dernier devoir qui me reste à accomplir, avant de quitter l'Université de Montpellier.

Dans peu de temps je serai loin d'ici, mais rien ne sera capable de me faire oublier le bienveillant accueil qui m'a toujours été réservé durant mes études.

Je dois une vive reconnaissance à tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, qui, aussi bien dans les amphithéâtres et laboratoires que dans les salles des hôpitaux ont guidé ma formation avec tant de dévouement.

Il me plaît de remercier ici tout d'abord mon Maître, M. le Professeur Terracol, qui m'a inspiré ce travail. Durant mon stage dans son service d'oto-rhino-laryngologie, j'ai reçu le maximum d'enseignement qu'on puisse donner dans un laps de temps malheureusement trop court.

Ayant eu l'occasion de travailler plus tard dans son service, j'ai toujours bénéficié de précieux conseils dont je profiterai avantageusement durant ma carrière. Je lui suis reconnaissant encore aujourd'hui, pour l'honneur qu'il me fait en voulant bien accepter la présidence de mon jury de thèse.

A M. le Professeur Turchini, je dois une vive reconnaissance pour les leçons qu'il nous a faites au début de nos études. Je le remercie également pour l'aide qu'il a bien voulu m'apporter dans la rédaction des pages concernant la partie embryologique et anatomo-pathologique.

Les préparations histologiques de sa collection m'ont permis, en y ajoutant quelques micro-photos, d'enrichir ma thèse.

Dévoué pour ses élèves, toujours prêt à donner des conseils, j'emporte des instants qu'il a bien voulu me consacrer, le meilleur des souvenirs.

Je remercie M. le Professeur Lamarque, qui nous a donné au début de nos études des leçons de radiologie.

Dévoué pour cette nouvelle branche de physique moderne, il nous a montré les énormes avantages d'une collaboration du médecin praticien et du radiologue. Je le remercie enfin pour les conseils concernant le chapitre de radiologie et pour les clichés qu'il a bien voulu me prêter.

M. le Professeur agrégé Mourgue-Molines, nous a fait des leçons de pathologie externe.

En outre, de ces leçons, je dois le remercier des conseils d'ordre pratique qu'il nous a donnés au cours des consultations de chirurgie à l'Hôpital Général, dont j'ai tiré beaucoup de profit.

Je suis heureux de pouvoir remercier ici M. le Docteur L.-G. Ferrier, stomatologiste des Hôpitaux de Montpellier. C'est à son côté que j'ai eu l'honneur de faire mes premiers pas dans cette jeune branche de la chirurgie moderne qui m'intéresse.

Je dois une vive reconnaissance à MM. les Professeurs Grynfeldt, Pont, Soubeyran, ainsi qu'à MM. les Docteurs Bétoulières, Carrière, Broussy et M. Trépan, chirurgien-dentiste, qui ont bien voulu me fournir une grande partie des ouvrages et les observations nécessaires pour la rédaction de ce travail.

Il me reste enfin à remercier tous ceux, qui, durant mon long séjour en France, loin de ma famille et des miens, m'ont fait si bon accueil.

C'est grâce à eux que je me suis senti moins dépaycé et en rentrant dans mon pays natal, j'emporte le meilleur souvenir de mes années de jeunesse passées sous le ciel de la belle France.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les tumeurs dont nous essayons de faire une brève étude ont été considérées comme étant très rares.

Cependant, en étudiant les statistiques on est étonné de constater que ces néoformations constituent environ 15 % des diverses anomalies dentaires. Sous le nom d'anomalie, nous comprenons les anomalies d'ordre tératologique, les hémitéries d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, et non des anomalies frappant la dent déjà complètement développée, anomalies pathologiques.

Il faut souligner d'autre part, que beaucoup de cas, même du siècle dernier, échappent complètement à toute statistique.

En effet, les soins dentaires et surtout les extractions constituaient autrefois une attraction de foire, et cela encore il y a peu de temps, car certains de nos Maîtres, en particulier le Professeur Cabannes, nous ont communiqué ce fait.

Il est certain que ces « dentistes » de fortune ne se sont pas soucié de publier les anomalies rencontrées au cours de leur pratique.

Dans notre travail très restreint d'ailleurs, nous tâcherons de passer en revue tous les travaux publiés jusqu'à ce jour sur les odontomes.

Nous n'ajouterons pas beaucoup de cas nouveaux car, étant donné la rareté de ces tumeurs, les observations non publiées nous ont été fournies en très petit nombre. Dans notre travail, nous nous limiterons à décrire les odontomes proprement dits, c'est-à-dire les tumeurs dures, laissant de côté tout ce qui rentrait autrefois dans le cadre des odontomes.

Nous décrirons également les parodontomes qui ne sont, en somme, que les odontomes de petite taille n'intéressant qu'une partie de la dent.

Pour les recherches récentes, nous nous sommes adressé surtout à des publications dans des revues professionnelles, les ouvrages étant toujours un peu en retard sur les nouvelles scientifiques.

Il nous a semblé utile de donner au début quelques notions d'embryologie.

L'étiologie et la pathogénie nous ont occupé un peu plus longtemps car malgré les nombreuses théories existantes, la question n'est pas encore au point.

L'anatomie pathologique constitue une partie importante de notre travail. Étant donné la diversité des formes et la complexité de structure des odontomes, il nous semble que ce chapitre mérite un développement plus important que ce que nous lui réservons, étant malheureusement limités par le cadre restreint de notre travail.

La clinique nous prend peu de place à cause de la facilité de diagnostic et du traitement de tumeurs que nous étudions.

Nous apportons ici le traitement conservateur très en vogue dernièrement en Amérique.

L'importance de l'examen radiographique nous oblige à en faire un chapitre à part. C'est grâce à lui que beaucoup d'odontomes silencieux ont été découverts.

En terminant notre travail, nous n'avons pas la prétention d'être complet. Il nous manque encore une certaine expérience personnelle que nous espérons acquérir dans l'avenir.



Jusqu'au début du XVIII^e siècle, nous n'avons trouvé, dans la littérature médicale, aucune trace de travaux sur les odontomes. Il est donc permis de conclure, que les chirurgiens de cette époque confondaient les tumeurs des maxillaires d'origine dentaire avec toutes les autres tumeurs, quelle que soit leur nature.

Il les ont traitées certainement sans se préoccuper de leur étiologie.

Fauchard, en 1728, publie trois observations sur les excroissances pierreuses formées sur les dents ou dans leur voisinage.

C'est le dentiste Carmelin, qui a diagnostiqué, et enlève le premier odontome publié dans l'histoire de la Médecine.

Fauchard, décrivant la pièce opératoire, emploie plusieurs noms : excroissance pierreuse, corps pierreux, epulis pétrifié. Il conclut que l'odontome est formé par un « suc osseux » échappé de la substance de l'os même par rupture de quelques fibres osseuses, à peu près comme cela arrive dans la formation des exostoses. Depuis cette date, pendant de longues années, les odon-

tomes ont été décrits comme des exostoses des maxillaires.

Le microscope n'ayant été introduit dans la pratique que plus tard, une distinction macroscopique ne suffisait pas pour différencier ces tumeurs.

En 1779, Tenon, faisant une analyse chimique d'un odontome enlevé par Bordenave, conclut qu'il était formé d'une substance inorganique soluble dans l'acide nitreux, et par une substance organique « semblable à bien des regards au parenchyme des os ». Bordenave conclut que la tumeur était « une concrétion produite par l'épanchement des sucs osseux après une maladie des dents et des maxillaires ».

L'origine dentaire des odontomes fut démontrée pour la première fois par Oudet, en 1809. Pendant son internat dans le service de Pellatan, à l'Hôtel-Dieu, il constata chez un malade l'existence d'une tuméfaction faisant saillie dans la bouche, au niveau des prémolaires. Il l'enleva et présenta la pièce à la Société de la Faculté de Médecine.

Oudet émit l'opinion que « la tumeur paraissait avoir été produite par le développement et la réunion aussi extraordinaire que monstrueuse de plusieurs germes des dents incisives et canines ».

A partir de ce moment, Geoffroy Saint-Hilaire, Emmanuel Rousseau, s'occupant de l'anatomie comparée des dents des mammifères, ont décrit des odontomes chez le cheval et d'autres herbivores.

En 1853, dans l'ouvrage d'histologie pathologique, publié par Wedl (de Vienne), on retrouve pour la première fois, une description de l'image microscopique de l'odontome.

A partir de ce moment, on le distingue de l'ostéome.

La coupe que Wedl étudia, lui montra les traînées de l'émail qui forme une coque à la surface et se prolonge dans l'épaisseur de la masse de l'ivoire.

Wedl attribue la formation de la tumeur à un « *vitium primæ conformationis* ».

Les recherches de Wedl n'étaient pas connues en France et en 1855, Forget présenta à la Société de Chirurgie, une pièce, qui était plus tard, reconnue comme étant un odontome.

Forget n'était pas sûr, lui-même, de la pièce et demanda l'avis de la Société. Hounel pensait à une exostose éburnée. Maisonneuve qui, par hasard, apporta à la Société, une pièce analogue à examiner, émit la même opinion.

Robin, examinant la pièce de Forget, se trouva en présence de l'émail, surtout à la surface et dans l'épaisseur de la pièce, sous forme de traînées très nombreuses. Il conclut que la tumeur était d'origine dentaire.

En 1859, Forget publie son travail sur les anomalies dentaires, dans lequel il décrit toutes les tumeurs d'origine dentaire qu'il a eu l'occasion d'étudier chez l'homme et chez le cheval.

En 1863, Broca présente à la Société de Chirurgie, un odontome et conclut que les odontomes constituent le dernier terme de l'évolution des tumeurs primitivement molles et constituées par l'hypergenèse des divers éléments des bulbes dentaires. Ce qui a frappé cet auteur, c'est la diversité des formes et de la structure de ces tumeurs.

En poursuivant ses recherches sur les odontomes de l'homme et des animaux, le cheval en particulier, cet

auteur parvint à compléter la série des tumeurs qui se développent aux dépens des germes dentaires et à établir un groupement de ces néoformations, qui, pendant longtemps, est resté classique. Cette classification était basée sur la succession des phases de l'évolution des follicules dentaires.

En Angleterre, Sir John Bland-Sutton publie, en 1887, une classification des odontomes qui, tout en étant moins complexe que celle de Broca, comprend un plus grand nombre de tumeurs.

En effet, les Anglais, jusqu'à ce jour, classent parmi les odontomes, toutes les tumeurs dures et molles provenant des organes génétiques des dents.

Suivant cette classification, sont rangées toutes les tumeurs d'origine dentaire conservées dans les Musées des Ecoles de Médecine et de Chirurgie d'Angleterre.

Nove-Josserand et Bérard, publient, en 1894, un travail « sur une variété des tumeurs solides des maxillaires d'origine dentaire », dans lequel ils étudient les odontomes observés par eux-mêmes et antérieurement à eux.

Vint le xx^e siècle et avec lui la radiographie.

Ainsi, le diagnostic précoce est devenu plus facile et les recherches sur les odontomes se sont multipliées.

L'anesthésie locale a fait des progrès et dans beaucoup des cas a rendu l'acte opératoire plus réalisable.

Les recherches se sont poursuivies en France et à l'étranger.

En Europe, et surtout en France, la classification de Broca a subi peu de changements et a persisté jusqu'à nos jours.

On trouve dans la littérature des odontomes de notre siècle des noms tels que: Imbert, Rettrier, Lifschitz, Thibault-Tellier, Pout, L'Hirondel.

En Angleterre et Amérique, la classification de Sir John Bland-Sutton persiste toujours, des cas nouveaux sont publiés par Stewart, Douglas P. Gabell, W. Warwick, J. Levin, Payne et beaucoup d'autres.

Il faut citer, en Amérique, les travaux importants de Orlando de Castro Lima et Fredro Falcao de Bahia (Brésil).

Chapitre Premier

EMBRYOLOGIE

L'évolution des dents est, si l'on s'en tient à l'anatomie microscopique, bien connue et convenablement exposée dans tous les traités d'embryologie. Il nous semble cependant très utile de rappeler quelques détails de l'évolution de nos organes de la mastication, évolution curieuse et pour ainsi dire unique, car les dents sont les seuls organes qui « naissent » après la venue au monde de leur porteur.

Les différents âges auxquels apparaissent les divers organes de la dent nous montreront également à quel moment semble remonter le début des néoformations que nous étudions. La connaissance de l'âge auquel s'effectue normalement l'éruption, nous mettra sur la voie du diagnostic dans les cas d'éruption tardive ou défectueuse.

PREMIÈRE DENTITION

Vers le quarantième jour de la vie intra-utérine, le rebord gingival présente une invagination de l'ectoderme, qui a la forme d'un fer à cheval comme celle de la mâchoire. Feuillet externe et feuillet interne de l'inva-

gination s'accolent et forment la lame dentaire. (Planche I, fig. 1.)

Cette lame se divise tout d'abord en dix parties pour constituer les bourgeons dentaires.

A partir de ce moment, chaque bourgeon évolue pour son propre compte.

L'extrémité libre du bourgeon augmente de volume et devient concave à l'extrémité. A ce moment, le bourgeon reste encore attaché au rebord gingival par une traînée cellulaire — la lame dentaire. (Pl. I, fig. 2.)

De la lame dentaire, se détache un bourgeon qui constitue le bourgeon de deuxième dentition. (Planche I, fig. 3.)

A ce moment, le segment de la lame dentaire entre le bourgeon de première et deuxième dentition prend le nom de pédicule dentaire.

Au commencement du quatrième mois, nous voyons la formation du sac dentaire et la séparation du bourgeon dentaire de son pédicule.

Le tissu conjonctif qui entoure le bourgeon dentaire se condense, se modèle sur lui et, dans la partie concave, prend le nom de papille dentaire. Sur les faces latérales, le tissu conjonctif se condense également et se continue avec la papille. Tout l'appareil prend le nom de follicule dentaire.

Le développement des parties dures des dents de lait commence, à la fin du cinquième mois de la vie fœtale, à la surface de la papille dentaire. Les cellules conjonctives se tassent, se transforment en cellules prismatiques (métaplasie physiologique). Ce sont les odontoblastes. Ces cellules se transforment, en commençant par le sommet de la papille, en une substance compacte,

L'ivoire ou dentine, qui, par imprégnation par des sels de chaux, subit une calcification et devient très dure. L'ivoire s'épaissit par le dépôt des couches successives sécrétées par les odontoblastes.

Il persiste cependant une partie de mésenchyme qui ne subit pas cette transformation.

Elle devient la pulpe de la dent.

Ce n'est qu'au moment où l'organe odontoblastique est en pleine évolution que commence l'organisation de l'émail.

Les cellules du bourgeon dentaire (origine ectodermique), qui coiffent l'ivoire déjà formée, prennent une disposition épithéliale très serrée et affectent une forme de prismes à cinq ou six faces.

Ce sont les adamantoblastes. Ils sont allongés au niveau de la couronne et plus aplatis au niveau de la racine. Seules, les cellules correspondant à la couronne secrètent l'émail.

Les cellules centrales du bourgeon dentaire deviennent étoilées et avec leurs prolongements constituent le tissu réticulé de l'organe de l'émail.

La formation des racines commence après la naissance. Dans le cas des dents à plusieurs racines, ces dernières résultent d'une division de la racine primitive.

L'ivoire qui se forme progressivement, rétrécit la chambre pulpaire de plus en plus. Il en résulte la formation des canaux dentaires, à raison d'un pour chaque racine.

L'éruption des dents de lait commence vers le sixième mois de la vie et se termine entre vingt et vingt-six

PLANCHE I

Embryologie. — Préparations de la collection
du Professeur J. TURCHINI

Fig. 1. — Embryon humain de 3 cm. 7. Premier développement de la dent. Gr. $\times 60$. Crête dentaire, mur plongeant et amas de cellules mésodermiques d'où procédera la papille dentaire.

Fig. 2. — Embryon humain de 5 cm. 2. Formation de la cloche dentaire. Gr. $\times 60$. Lame dentaire et cloche dentaire de la dent de lait.

Fig. 3. — Embryon humain de 14 cm. Ebauches dentaires. Gr. $\times 60$. Lame dentaire, organe de l'émail et organe de l'ivoire de la dent de lait; ébauche de la dent permanente.

PLANCHE I



Embryologie

mois. Elle est due à l'allongement de la racine qui se développe en dernier lieu.

Le cément qui revêt la partie cachée de la dent depuis le collet jusqu'à l'apex, se forme aux dépens du mésenchyme, à l'intérieur du follicule, au moment où la formation de la racine est achevée.

Le cément a la même signification que l'os. C'est sur lui que s'insèrent les ligaments alvéolo-dentaires, qui assurent la fixité de la dent dans l'alvéole.

SECONDE DENTITION

Les bourgeons des dents permanentes que nous avons vu naître de la lame dentaire, s'enfoncent dans l'alvéole correspondante en arrière de la dent de lait. Ces bourgeons restent attachés au rebord gingival par le cordon dentaire ou *gubernaculum dentis*. Ce cordon a une importance capitale dans l'éruption des dents permanentes. L'éruption, une fois achevée, le cordon se résorbe. Parfois il persiste et forme ce que Malassez a appelé les débris épithéliaux paradentaires.

Le développement des dents permanentes est le même que pour les dents de lait. Au moment de l'éruption, la dent de lait est partiellement résorbée (rhizalyse physiologique), et expulsée par la dent permanente en évolution.

Le développement des dents permanentes commence :

Premier groupe :

- Pour les incisives, au sixième mois de la vie fœtale ;
- Pour les canines, au septième mois de la vie fœtale ;
- Pour les premières prémolaires, à l'époque de la naissance ;
- Pour les deuxièmes prémolaires, dix mois après la naissance.

Deuxième groupe :

- Pour la première molaire, à la dix-septième semaine de la vie fœtale ;
- Pour la deuxième molaire, au neuvième mois de la vie fœtale ;
- Pour la troisième molaire, à la cinquième année après la naissance.

L'éruption :

- Pour les incisives et premières molaires, à 6-7 ans ;
- Pour les canines et prémolaires, à 13-15 ans ;
- Pour les deuxièmes molaires, à 12-14 ans ;
- Pour les troisièmes molaires, à 18-30 ans.

Chapitre II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Broca, depuis 1728, et plus tard, Magitot, considèrent les odontomes comme le résultat d'un trouble nutritif local, touchant le bulbe dentaire à un des stades transitoires par lesquels passe la dent pour arriver à sa structure définitive.

Comme il résulte des statistiques, aucun état particulier du sujet atteint d'odontome n'a été signalé ni par Broca, ni par ceux qui ont poursuivi ses travaux.

Les sujets jouissent d'une parfaite santé et ce n'est qu'une infection secondaire de la poche tumorale qui peut être la cause d'un trouble de l'état général. On ne trouve rien d'anormal dans les antécédents personnels, héréditaires ni collatéraux.

Magitot cite cependant un cas assez intéressant d'un sujet atteint d'acromégalie porteur d'odontome, et un autre cas d'odontome trouvé *post mortem* dans un crâne atteint de *leontiasis ossea*.

Ces deux cas uniques que nous avons retrouvés dans la littérature, nous permettent de penser qu'il s'agit tout simplement d'une coïncidence.

L'odontome congénital n'a jamais été cité jusqu'à ce jour. Le fait n'est pas étonnant, car au moment de la

naissance, les dents sont tout à fait au début de leur développement et même certaines n'existent qu'à l'état de germes.

Broca a déjà signalé, que les odontomes étaient beaucoup moins fréquents sur les dents temporaires que sur les permanentes. Il attribue ce phénomène à ce fait que les dents de lait ont une évolution plus courte et sont moins nombreuses, ce qui, dans la statistique générale, les classe en second lieu.

Les statistiques faites ultérieurement ont démontré que l'odontome se rencontre surtout au niveau de la dent de sagesse. Or, nous savons que cette dent a un développement très long (onze à quinze ans de moyenne), ce qui confirme l'idée émise par Broca.

D'autre part, la troisième molaire a une situation très particulière, qui dans beaucoup de cas ne lui permet pas de se développer normalement et donne souvent naissance à des complications connues sous la dénomination « d'accidents de la dent de sagesse ». Il est donc possible d'admettre une origine traumatique des odontomes par compression.

Nous citons comme exemple l'odontome situé au niveau de la dent de sagesse. C'est en effet le lieu d'élection de ces tumeurs.

L'origine infectieuse touchant le follicule dentaire au moment de sa formation paraît peu probable. Ce serait encore par une action irritative que les microbes exerceraient leur action.

Les auteurs américains citent comme odontomes irritatifs, les kystes et les granulomes apexiens. Mais ce sont des néoformations qui suivant la classification française, ne rentrent pas dans le cadre des odontomes,

à plus forte raison dans les odontomes durs qui, seuls, sont pris en considération dans notre travail.

Ces temps derniers, la réaction de Bordet-Wassermann faite systématiquement chez tous les malades hospitalisés, a démontré l'existence de la spécificité chez un certain nombre de porteurs d'odontomes. D'où l'hypothèse d'origine syphilitique de ces tumeurs émise par certains auteurs. Mais le nombre des réactions de Bordet-Wassermann positives chez les malades atteints d'odontome est très loin d'être constant et nous permet de mettre en doute l'hypothèse de l'origine spécifique de ces tumeurs.

Un trouble d'origine endocrinienne a été incriminé par des auteurs autrichiens. Mais le petit nombre de travaux dans cette direction ne nous permet pas de donner des précisions.

C'est un travail qui mérite d'intéresser les chercheurs.

Pour notre part, l'hérédité de ces tumeurs n'a pas été observée, tout au moins dans le nombre d'observations mises à notre disposition. Il y a ici des recherches à faire, car beaucoup d'autres anomalies comme par exemple les dents surnuméraires ou anomalies de volume, ont été démontrées comme pouvant se répéter dans plusieurs générations.

**
*

Les odontomes s'observent le plus souvent entre sept et vingt-quatre ans, période d'évolution des dents. On cite cependant beaucoup de cas qui se sont manifestés à un âge beaucoup plus avancé. Allgayer a observé un cas à quarante ans, Poncet à soixante-trois ans et Bérard à soixante-huit ans. Mais, d'autre part, nous savons que ces tumeurs peuvent rester stationnaires et passer inaperçues pendant des années et ne se

révéler qu'à l'occasion d'une complication ou bien, après examen radiographique. Le cas publié par M. le Professeur Lamarque et le Docteur Damon peut servir d'exemple (Pl. III).

Broca admet que les odontomes ne peuvent se développer qu'aux dépens du follicule dentaire de la première, deuxième ou troisième dentition, ce qui nous oblige à reporter de bonne heure, le début de leur évolution.

Dans sa théorie bulbaire, Broca divise le développement de la dent en quatre périodes. Suivant la période pendant laquelle le désordre dans la nutrition apparaît, nous aurons comme résultat une tumeur dont la constitution histologique sera différente.

Pendant la première période, période embryoplastique, le trouble nutritif donne naissance à des tumeurs fibreuses qui ne nous intéressent pas dans ce travail. Ce n'est que pendant les trois autres périodes: odontoplastique, coronaire et radiculaire, où apparaissent les parties calcifiées de la dent, que les odontomes durs commencent à se former.

Les tumeurs qui ne se développent qu'à partir de la deuxième période ne contiennent pas du ciment, du moins chez l'homme. Elles sont composées d'ivoire d'émail, ainsi que de tissu mésenchymateux. Dans ce cas, la dent ne fait jamais éruption et reste incluse.

Dans la troisième période, période coronaire, nous voyons la couronne presque complètement formée. La tumeur comprendra donc tous les tissus de la dent normale, sauf le ciment. La dent peut, dans ce cas, faire éruption au moins partiellement.

Au cours de la quatrième période, période radiculaire, la couronne qui est complètement développée fait

éruption. La lésion se développe au niveau des racines donnant l'odontome ou parodontome radulaire. C'est un des cas où on peut avoir des tumeurs contenant du cément chez l'homme.

Broca n'admettait pas la possibilité d'une origine paradentaire des odontomes. Il admet cependant la possibilité de développement de ces tumeurs à partir de germes supplémentaires.

Plus tard, en observant les cas qui, manifestement, ont évolué à un âge plus avancé, Broca lui-même, Magitot, Marran et Bousquet admettent que ces tumeurs peuvent également provenir de débris paradentaires décrites magistralement par Malassez et qu'on retrouve sur notre planche 2, fig. 3.

Or, les débris paradentaires qui persistent normalement à l'état stationnaire durant toute la vie peuvent, à un moment donné, reprendre leur évolution en donnant naissance à des tumeurs solides. Dans certains odontomes complexes on a retrouvé des dents normalement développées, situées parmi de nombreux fragments de la tumeur. Ce fait prouve que la dent a eu une évolution normale et que la tumeur ne peut provenir que des restes paradentaires.

Le moment où commence à se développer la lésion a beaucoup intéressé les auteurs. Pour certains, elle commence au moment de la formation de la dent. Pour d'autres, elle est beaucoup plus précoce.

Rushton et Martin citent un cas d'odontome observé chez deux frères jumeaux issus d'une grossesse univitelline. La tumeur était au même endroit. La lésion en puissance dans ce cas existerait déjà dans l'ovule

fécondé avant la division des deux premiers blastomères.

Les nombreuses causes incriminées comme étant responsables de la formation de l'odontome, semblent aboutir à la genèse de ces tumeurs par les mêmes actions : irritation et traumatisme.

Etant donné le siège d'élection au niveau de l'angle de la mâchoire, le point le plus déclive de la bouche où la salive septique reste continuellement en contact avec la muqueuse, on peut admettre la possibilité de l'infection des germes dentaires.

Cette irritation d'origine microbienne a déjà été démontrée dans d'autres branches de pathologie comme pouvant être la cause d'une hypertrophie et hyperplasie cellulaire. D'autre part, l'odontome possède tous les caractères d'un adénome. Ces deux faits nous permettent de croire que cette cause est admissible.

Le traumatisme répété ou continu a été lui aussi cité dans beaucoup de cas comme cause de certaines proliférations cellulaires. On peut citer comme exemple le lipome des porteurs, l'hygroma des religieuses et beaucoup d'autres.

Or, nous savons que le lieu d'élection des odontomes est la dent de sagesse inférieure. La place que le germe possède à sa disposition est très réduite, et la future dent est comprimée entre la dent de douze ans et la branche montante du maxillaire inférieur.

Ce traumatisme continu peut provoquer une hyperplasie des tissus au cours du développement de la dent et aboutir à la formation de l'odontome.

Le mécanisme par lequel un trouble endocrinien pourrait aboutir à la formation d'un odontome paraît peu probable.

Il faut vraiment de la bonne volonté, pour pouvoir admettre qu'un trouble général puisse aboutir à la formation d'une lésion si limitée et si bien isolée qu'un odontome. On voit très bien sur des radiographies (Planche III) l'image des mutations calciques au voisinage de la tumeur, mais c'est le résultat d'un transport local des sels de chaux nécessaires au développement de la tumeur et nullement sa cause.

La pathogénie des odontomes cavitaires est très curieuse et on explique de plusieurs façons l'existence de l'émail et de l'ivoire à l'intérieur de la chambre pulpaire. Certains supposent qu'au moment de la formation de la papille, quelques cellules adamantines se développent plus vite que les autres et s'invaginent à l'intérieur de la chambre pulpaire. Elles poursuivent leur développements et aboutissent à la formation de l'odontome interne ou cavitaire.

Pour Colyer, la néoformation se développe à partir d'un germe dentaire supplémentaire qui pénétrerait dans la papille d'une autre dent.

Dans les deux cas, ce phénomène doit se produire à un stade précoce d'évolution de la papille dentaire, car il est impossible d'admettre, que l'émail et l'ivoire, une fois formés, la dent puisse subir une telle déformation.

Les différentes théories pathogéniques que nous venons d'étudier semblent se valoir. Nous n'en préférons aucune. Il nous semble que les modes de formation sont multiples, comme sont différentes les tumeurs qui en résultent.

Chapitre III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les odontomes siègent le plus souvent au maxillaire inférieur. Ils intéressent, dans la majorité des cas, les grosses molaires, dents de sagesse notamment, ainsi que les prémolaires. Ils sont très rares au niveau des canines.

Pour Broca, ces tumeurs n'intéressent pas les incisives. Mais comme l'ont démontré des recherches ultérieures, des cas de ce genre ont été observés. En se basant sur les trente-sept observations qui nous ont été fournies ou que nous avons retrouvées dans des périodiques, nous sommes arrivés à trouver des odontomes au niveau de toutes les dents.

Il résulte que les odontomes ont comme siège d'élection la dent de sagesse. Les maîtres du siècle dernier étaient, sur ce point, trop exclusifs et ont insisté sur le fait que les odontomes des incisives n'existent pas, au moins dans l'espèce humaine.

SITUATION

L'origine dentaire ou paradentaire, étant généralement admise, les odontomes siègent fatalement entre

les deux tables de l'os maxillaire, tout au moins au début. Dans un stade plus avancé, l'os étant décalcifié, au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, il arrive à disparaître complètement et l'on se trouve en présence de la tumeur qui est recouverte uniquement par le périoste.

Si à ce moment on n'intervient pas, la tumeur perfore la gencive, faisant jour dans la cavité buccale, du côté vestibulaire le plus souvent.

Au maxillaire supérieur, les odontomes provenant des prémolaires pénètrent souvent à l'intérieur du sinus maxillaire. Cela n'est pas un fait extraordinaire.

RAPPORTS AVEC LA DENT VOISINE

L'odontome respecte au début les dents voisines. Dans le cas de tumeurs volumineuses il est parfois difficile de démontrer si elles proviennent de plusieurs germes ou bien si c'est un odontome issu d'un seul germe, qui par son développement excessif a empêché d'autres bourgeons dentaires d'évoluer normalement.

Dans les cas de petites tumeurs incluses entre les deux tables de l'os, la dent peut manquer complètement et on se trouve en présence d'un espace vide entre deux dents.

Dans d'autres cas, la dent a fait éruption en totalité ou partiellement.

On voit alors la tumeur appendue à la dent au niveau de la couronne ou du collet.

RAPPORT AVEC L'OS MAXILLAIRE

Les tumeurs de petite taille ayant comme point de départ la racine sont incluses dans le maxillaire. Les

odontomes volumineux font saillie dans la cavité buccale. La tumeur est contenue dans une poche fibreuse très résistante qui constitue un plan de clivage. Cette poche n'est adhérente ni à la tumeur ni à l'os. C'est elle qui, dans la majorité des cas constitue le point de départ d'une suppuration.

LÉSIONS DU VOISINAGE

La langue et la joue sont surtout intéressées. L'odontome présente parfois des irrégularités à la surface et, par irritation continue, arrive à ulcérer la langue ou la joue. Les dents voisines sont souvent cariées. Par son développement considérable, la tumeur peut réduire l'os maxillaire inférieur à une lame très mince.

LA TUMEUR

A) *Volume*

Il est très variable. Les parodontomes sont très petits de la grosseur d'une tête d'épingle parfois. Il n'existe, à vrai dire, aucune limite bien définie entre les odontomes et les parodontomes. Mais, dès que la tumeur atteint un certain volume et semble intéresser une grande partie de la dent on parle d'odontome. Celle-ci peut acquérir un assez grand volume pouvant atteindre la grosseur d'un œuf de poule et même davantage. Le volume le plus souvent rencontré est celui d'une noisette.

B) *Poids*

Le poids des odontomes est très variable et dépend naturellement de leur volume. D'autre part, toutes les tumeurs de ce genre n'étant pas composées du même

tissu, ont des poids spécifiques différents. Ces poids suivant les cas varient en moyenne entre 6 gr. et 300 gr.

Il n'existe pas de rapport entre le poids de la tumeur et le poids de la dent qui lui a donné naissance.

Le poids des parodontomes n'est le plus souvent pas donné dans les observations. C'est probablement, parce que les auteurs ont voulu garder la pièce entière, que ces tumeurs n'ont pas été détachées, une fois la dent enlevée, afin de subir un examen pondéral.

CLASSIFICATION

Il existe plusieurs classifications des odontomes. Elles sont plus ou moins complètes, mais toutes se basent sur celle de Broca ou bien sur celle de Sir John Bland-Sutton. Ce sont des classifications, dans lesquelles les auteurs tiennent compte du moment de l'apparition des odontomes au cours des différentes périodes d'évolution des dents.

Notre travail comprenant uniquement les tumeurs dures d'origine dentaire ou paradentaire, nous a permis d'établir une classification de ces tumeurs en laissant de côté toutes les autres néoformations. Ainsi conçu, notre tableau pourrait faire partie d'une classification de néoformations d'origine dentaire ou paradentaire, comprenant toutes les tumeurs dures et molles.

Pour établir notre classification, nous nous sommes basés non pas sur la pathogénie des odontomes, comme l'a fait Broca, mais sur leur aspect anatomo-pathologique, tel que nous le voyons sur des pièces opératoires.

Sans vouloir dire que la manière de Broca soit défectueuse, il nous semble que l'aspect des pièces opératoi-

res nous donne une base plus réelle, pour établir une classification, que les différentes théories pathogéniques qui, jusqu'à ce jour, n'ont pas satisfait tous les esprits.

Tumeurs dures d'origine dentaire ou paradentaire	I.		
	a) <i>Odontomes toto-dentaires:</i>	}	Coronaires, Radiculaires, Totaux.
	b) <i>Odontomes cavitaires.</i>		
	c) <i>Odontomes complexes</i>		
	II.		
	a) <i>Parodontomes coronaires:</i>	}	Simples, Composés.
	b) <i>Parodontomes radiculaires:</i>		Simples, Mixtes.

Sous la dénomination d'odontomes toto-dentaires, nous comprenons les tumeurs intéressant tous les tissus de la dent adulte. Elles intéressent aussi bien la racine que la couronne et, dans beaucoup de cas, il est impossible de montrer où se trouve le point de départ de la néoformation. C'est la variété que nous appellerons volontiers l'odontome toto-dentaire total. Les variétés radiculaires ou coronaires intéressent la racine ou bien la couronne, laissant le pôle opposé de la dent plus ou moins libre. La tumeur est généralement volumineuse et incluse dans l'os maxillaire.

La face qui correspond à la surface triturante est le plus souvent très irrégulière et dans certains cas présente une couronne de saillies qui ressemblent à des cuspidés surnuméraires que l'on rencontre parfois sur les prémolaires et molaires des hérédosyphilitiques.

PLANCHE II

Anatomie pathologique

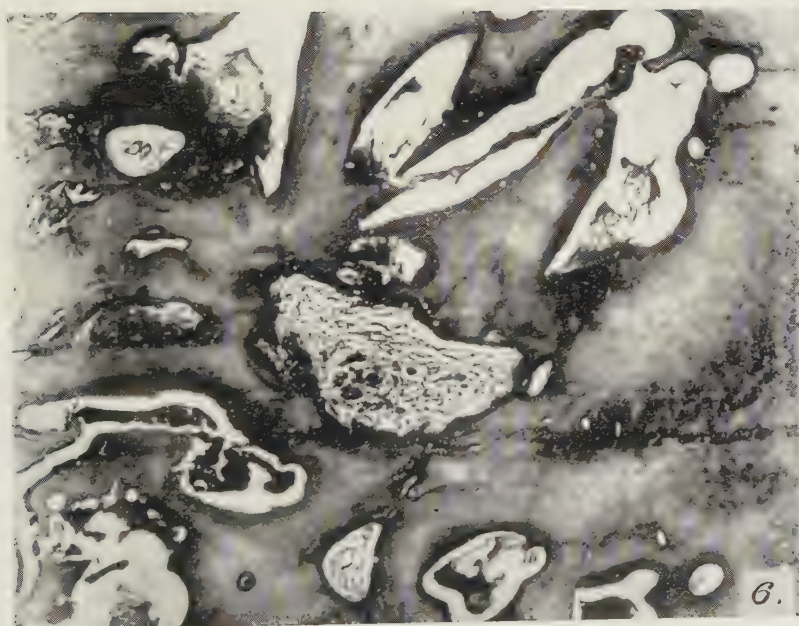
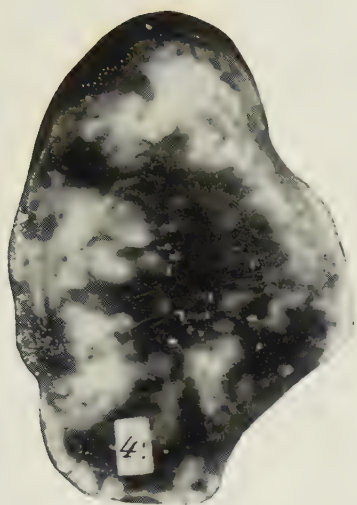
Odontomes, préparations personnelles

Fig. 4. — Odontome coronaire non décalcifié. Gr. $\times 5$. Coupe totale et transversale effectuée à la scie montrant l'hétérogénéité de la tumeur. Mince pellicule adamantine périphérique. Grandes plages d'ivoire rayonnant du centre à la périphérie.

Fig. 5. — Odontome. Gr. $\times 50$. Fixation par le liquide de Bouin et décalcification à l'acide nitrique à 7 %. Travées d'ivoire plus ou moins compactes avec lacunes contenant les éléments odontoformateurs.

Fig. 6. — Même odontome. Gr. $\times 450$. Lames contenant des éléments mésenchymateux odontoformateurs.

PLANCHE II



Dans certains cas il est possible de retrouver l'apex ou les apex de la dent intéressée (variété coronaire).

Dans d'autres cas, c'est la racine qui est plus intéressée que le reste de la dent, et l'on peut retrouver à la surface de la tumeur les cuspidés très déformés (variété radiculaire).

Il existe une forme de ces tumeurs très fréquente chez les animaux herbivores, moins fréquente chez l'homme où la tumeur est pédiculée.

La masse tumorale est attachée à la dent, le plus souvent au collet par un pédicule de longueur et de diamètre variables. Une coupe du pédicule de la tumeur montre qu'il est formé par de l'émail à la surface et par de l'ivoire à l'intérieur, laissant un canal qui communique avec la chambre pulpaire.

L'examen microscopique de ces tumeurs est assez difficile, car à cause de leur dureté, il faut les décalcifier pendant très longtemps (deux mois dans un de nos cas). La structure microscopique est très complexe et il ne nous est possible d'en donner ici qu'une description générale. Nous nous bornerons donc à donner la description de deux cas, tous les deux très typiques, qui nous ont été communiqués: un par M. le Professeur Terracol, l'autre par MM. le Professeur Lamarque et Docteur Damon (de Nîmes).

Nous avons pratiqué l'examen de ces deux odontomes au laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine.

L'examen du premier nous a montré qu'il se présente comme une grosse masse de 6 gr. ellipsoïdale circonscrite, en forme de concrétion et à surface mamelonnée. Cette masse d'aspect dentifié et de consistance osseuse paraît extérieurement homogène. Ses diamètres sont environ 3 cm. 5 × 2 cm. A sa partie inférieure est

incluse une portion dentaire pouvant être identifiée avec une racine. Il s'agit donc d'un odontome coronaire.

Une section totale et transversale d'un tel odontome effectuée à la scie montre son hétérogénéité surtout à l'examen en lumière verticale à l'ultropack. On distingue à la périphérie et limitant la tumeur, une mince pellicule adamantine d'un blanc nacré et d'épaisseur variable ne dépassant jamais 0 mm. 25. Le restant de la tumeur, d'aspect ossifié, est constitué par de nombreuses travées opaques et blanchâtres de forme, de taille et d'aspect divers, mais paraissant toutes centrées par rapport à une zone médiane dense et translucide. Ces travées correspondent à de l'ivoire. (Pl. II, fig. 4.)

L'examen en lumière ultraparaviolette filtrée de $\lambda = 3650 \text{ \AA}$, permet de différencier plus nettement encore les zones d'émail et d'ivoire par leur fluorescence distincte.

L'examen du second odontome, après fixation au liquide de Bouin, suivie de décalcification par l'acide nitrique à 7 % et coupes en série à la paraffine nous a montré qu'il se présente comme formé de vastes plages oxyphiles polymorphes et de taille variable semblables à du tissu ostéoïde (Pl. II, fig. 5). Ces plages d'ivoire, finement striées, sont circonscrites par un tissu dense d'aspect mésenchymateux. Les plus vastes contiennent de nombreux espaces lacunaires infiltrés de mésenchyme (Pl. II, fig. 6).

L'examen à un fort grossissement d'une de ces plages, permet de constater qu'elle est limitée périphériquement par une ou plusieurs assises d'éléments basophiles épithélioïdes se continuant à l'intérieur par de longs

canalicules plus ou moins ramifiés, semblables aux canalicules de Tomes de la dent.

Ces éléments épithélioïdes odontoformateurs sont en rapport et dérivent d'un tissu mésenchymateux typique identique à la pulpe dentaire normale.

ODONTOMES CAVITAIRES

Les odontomes cavitaires ou internes sont très intéressants au point de vue de l'anatomie pathologique. On les rencontre notamment sur les incisives et les canines. On les appelle aussi odontomes dilatés à cause des dilatations de la dent qu'ils provoquent.

La dent conserve à peu près sa forme qui est seulement élargie et plus courte que la normale. Ces tumeurs sont en général moins volumineuses que les odontomes toto-dentaires. Les deux cas cités par A. Rushton ont des dimensions 19×11 mm. et 15×9 mm. Les coupes montrent une couche d'émail et de dentine presque normale. A l'intérieur de la chambre pulpaire, on observe une autre couche d'émail beaucoup moins régulière. La pathogénie de cette curieuse disposition nous l'explique bien et nous avons déjà insisté sur ce fait. La pulpe dentaire est très réduite et remplacée en partie par de l'émail et en partie par de l'ivoire développé à l'intérieur de la chambre pulpaire. Une coupe transversale montre parfois des couches concentriques et parallèles d'ivoire et d'émail. On remarque que l'ivoire adémomateux possède des prolongements de Tomes très irréguliers.

ODONTOMES COMPLEXES

Les odontomes complexes sont les plus rares parmi les tumeurs d'origine dentaire ou paradentaire. Ce sont

des néoformations dures qui se composent de plusieurs fragments dont la forme est très irrégulière. La quantité de fragments est très variable et atteint parfois des chiffres très élevés allant jusqu'à 500 d'après Bland-Sutton. Le nombre moyen des fragments varie dans les observations entre 15 et 40.

Ces tumeurs sont évidemment très volumineuses et occupent la place de plusieurs dents. Les fragments ont une forme et des dimensions très variables dans la même tumeur. Il arrive parfois de trouver, dans la masse tumorale formée par ces fragments, une ou deux dents normalement développées.

Nous n'avons pas trouvé de publications concernant l'examen microscopique de ces fragments.

PARODONTOMES

Les parodontomes coronaires simples se présentent comme un épaissement de l'émail. Leur forme peut être allongée. Ils présentent souvent de petites masses rondes, lisses, qui les font dénommer par certains: perles de l'émail.

Ils siègent surtout sur les faces latérales de la dent. On les observe le plus souvent à la base de la racine.

Une coupe de la dent au niveau de la tumeur montre qu'elle se compose uniquement d'émail.

Cet émail est hypertrophié et hyperplasié et possède une structure assez régulière, quoique d'une régularité moindre que dans l'émail normal.

Les prolongements de Tomes sont nettement plus abondants.

Dans *les parodontomes coronaires composés*, tous les tissus participent à la formation de la tumeur. Ce sont

donc, à vrai dire, des odontomes et la différence ne tient qu'à leur taille.

La tumeur est petite, de la grosseur d'une lentille, et occupe la même situation qu'un parodontome simple.

La coupe montre une hyperplasie et hypertrophie de l'émail et de la dentine. Dans certains cas, la cavité pulpaire est agrandie et la pulpe fait hernie à l'intérieur de la tumeur.

Les parodontomes radiculaires simples ou cémentomes sont caractérisés par une quantité de ciment supérieure à la normale. Leur forme est très irrégulière et représente une racine très déformée et épaissie. Cette lésion est tellement minime, qu'elle passe souvent inaperçue durant toute la vie.

L'image microscopique montre la présence d'un ciment abondant et développé sans ordre.

Les parodontomes radiculaires mixtes se composent d'ivoire et de ciment. Si le parodontome siège près du collet, on peut trouver des traces d'émail, mais c'est un fait extrêmement rare, du moins chez l'homme.

L'image microscopique montre le ciment et l'ivoire développés sans ordre. Le tissu pulpaire qui se trouve dans le canal de la racine ne se trouve que très rarement intéressé par la tumeur.

Chapitre IV

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des odontomes est minime pour ainsi dire, nulle, tout au moins au début.

La tumeur prend la place de l'os qui se décalcifie et ce n'est qu'au moment où elle a dépassé un certain volume qu'elle fait saillie dans la cavité buccale et attire l'attention du malade ou du médecin à l'occasion d'un examen.

L'accroissement de la tumeur est absolument indolore. Elle ne provoque pas non plus d'anesthésie dans la région mentonnière, si elle siège au maxillaire inférieur.

C'est le plus souvent à l'occasion d'une avulsion de la dent voisine que la poche tumorale s'infecte et attire l'attention du stomatologiste. A ce moment, nous aurons donc à faire à une suppuration et la recherche de ce foyer nous permettra de déceler la tumeur.

A la longue, l'odontome peut provoquer la décalcification large de l'os et la tumeur est en contact avec le nerf maxillaire inférieur ou supérieur. Ce n'est qu'à ce moment que peuvent survenir les douleurs névritiques.

Les tumeurs très volumineuses qu'on voyait autrefois attirent évidemment l'attention, mais leurs symptomatologie se confond avec celle de toutes les tumeurs bénignes de cette région.

Les parodontomes coronaires restent absolument silencieux et n'attirent l'attention que par une irritation de la joue ou de la langue.

Chapitre V

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Il est sage de toujours penser à l'odontome, car contrairement aux notions anciennes, les odontomes ont été observés à toutes les périodes de la vie et quelquefois chez des sujets âgés. Le diagnostic précoce est rarement posé, car la symptomatologie de ces tumeurs est relativement discrète, tout au moins au début. Le signe qui peut nous mettre parfois sur la voie est l'absence d'une dent qui n'a jamais fait son éruption. Chez des sujets jeunes, nous avons la facilité de comparer avec le côté opposé pour nous assurer qu'il ne s'agit pas d'un simple retard d'éruption. Il faut évidemment s'assurer que la dent n'a pas été extraite quelque temps auparavant.

L'absence congénitale est le plus souvent observée du côté des dents permanentes. Dans ce cas, la dent de lait persiste dans la majorité des cas.

Les petites tumeurs situées au-dessous du collet et les cémentomes apexiens échappent complètement à nos moyens d'investigation clinique et constituent les troupes des radiographies ou des extractions.

Il reste à diagnostiquer les tumeurs assez volumineuses incluses ou non incluses, ainsi que les parodontomes ou pertes de l'émail.

Et ici, il faut faire une distinction suivant que l'odontome est suppuré ou non suppuré.

ODONTOME NON SUPPURÉ

La tumeur qui a acquis un certain volume fait saillie dans la bouche, le plus souvent du côté de la table externe de l'os maxillaire.

L'os est réduit à une mince lame et parfois même n'existe pas, la tumeur étant recouverte simplement par le périoste.

Le toucher nous donne la sensation de crépitation parcheminée qui, pour certains auteurs, constitue le signe pathognomonique. Nous ne partageons cette opinion, car la crépitation est la sensation que donne l'os très aminci et n'indique pas ce qui se passe dans la profondeur où l'on peut avoir affaire à un kyste paradentaire très tendu ou à une tumeur solide d'origine extra-dentaire.

Une ponction faite avec toutes les précautions d'asepsie habituelle permettra d'écarter la possibilité d'un kyste et de se rendre compte de la dureté de la tumeur.

Dans certains cas, nous pouvons nous rendre compte de la translucidité de la tumeur liquide par un examen dans la chambre noire.

Les tumeurs malignes des maxillaires peuvent être confondues avec les odontomes, car à bien des égards, leur symptomatologie locale se rapproche de celle des odontomes. Il existe cependant des signes qui nous permettront d'être à l'abri de cette grave erreur.

Nous voulons parler de l'envahissement ganglionnaire, de l'influence sur l'état général du sujet, et enfin, il reste toujours la biopsie absolument indispensable.

ODONTOME SUPPURÉ

Il est rare que l'odontome s'infecte avant d'avoir produit une solution de continuité avec la cavité buccale ou avec l'extérieur.

Nous aurons donc affaire à une fistule qui sera le résultat d'une poussée inflammatoire parfois très douloureuse.

Le diagnostic est à faire avec d'autres suppurations des maxillaires.

Une racine oubliée au cours d'une extraction antérieure ou un séquestre, en est le plus souvent la cause. L'exploration au stylet du trajet fistuleux nous permettra d'éviter l'erreur.

La racine étant très petite, le séquestre est, le plus souvent, mobile et possède des contours irréguliers.

Les parodontomes passent le plus souvent inaperçus. Quand ils siègent au collet, ils irritent la gencive et c'est par une infection secondaire qu'ils attirent l'attention du chirurgien.

Les parodontomes coronaires sont très faciles à diagnostiquer.

La seule erreur possible consiste à la confondre avec un dépôt de tartre.

Chapitre VI

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

La radiographie dans la chirurgie maxillo-faciale a pris ces temps derniers une telle extension, qu'il nous paraît indispensable d'en dire quelques mots, malgré le cadre restreint de notre travail. La prise des clichés facile est souvent exécutée par le stomatologiste lui-même.

Deux méthodes sont employées : extra-buccale et intra-buccale.

EXTRA-BUCCAL

Le cliché donne une vue d'ensemble du maxillaire examiné. On peut le faire de face ou de profil suivant la région à examiner. Le meilleur procédé consiste à prendre un cliché en incidence oblique qui nous donnera l'image de l'hémimaxillaire qui nous intéresse en dégageant l'autre.

INTRA-BUCCAL

Se fait avec des petites plaques 3×4 cm.

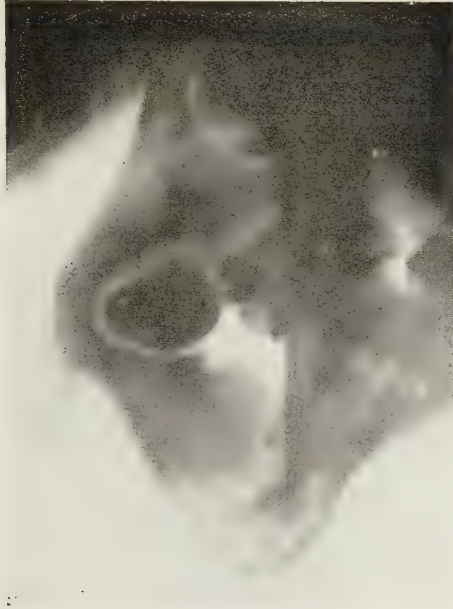
Dans les cas de tumeurs des maxillaires, les clichés intra-buccaux sont en général insuffisants et il vaut

PLANCHE III

Radiologie

Cliché de M. le Professeur LAMARQUE
Odontome de l'angle gauche du maxillaire inférieur
développé aux dépens de la dent de sagesse

PLANCHE III



Radiographie

mieux recourir à des prises extra-buccales. Toutefois, dans les cas de petites tumeurs, cémentomes ou parodontomes radiculaires, on peut essayer de prendre un cliché intra-buccal qui vous donnera une image beaucoup plus détaillée.

On peut dans quelques cas d'odontomes fistulisés, recourir à une injection de lipiodol dans le trajet fistuleux. Mais c'est plutôt pour mieux reconnaître sa direction et pour localiser le foyer d'infection intéressé.

La tumeur étant très opaque, le lipiodol ne précisera en rien son image radiographique.

INTERPRÉTATION DES CLICHÉS

Diagnostic positif

Il n'existe guère de tumeurs des maxillaires aussi opaques aux rayons X que l'odontome.

La tumeur se présente sur un cliché comme une zone très opaque en général assez homogène.

La partie de son contour qui reste en contact avec l'os est régulière. Tout autour de la tumeur, on observe une zone très étroite transparente qui représente la capsule de la tumeur. Dans la zone para-tumorale on observe une décalcification du maxillaire (Pl. III).

Les dents au voisinage de la tumeur sont en général situées normalement, mais elles sont très souvent cariées.

Diagnostic différentiel

L'image si caractéristique de l'odontome nous permet de ne pas le confondre avec toutes les autres affections de cette région. En cas de suppuration on peut confondre un petit odontome avec un sequestre qui est cepen-

dant moins opaque et possède des contours très irréguliers.

LA RADIOSCOPIE

La radioscopie décrite et utilisée par plusieurs auteurs est actuellement très peu employée. La difficulté d'exécution et les faibles renseignements qu'elle donne nous obligent à recourir à la radiographie, aujourd'hui si facile, grâce au matériel parfait que nous avons à notre disposition.

Cependant, ces temps derniers, les auteurs américains se sont de nouveau intéressés à la radioscopie buccale.

Ils se servent d'écrans très petits qui ressemblent à des miroirs employés en stomatologie, où entre les deux verres anti-X est placée une feuille de carton imprégnée de platino-cyanure de baryum.

Si cet examen est jugé insuffisant, il facilite toutefois la localisation de la lésion et indique bien la région qui doit subir un examen radiographique.

Chapitre VII

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Trois sortes de complications sont à envisager :

- A) Complications pathologiques spontanées, survenant au cours de l'évolution de la tumeur ;
- B) Complications opératoires au cours des interventions ;
- C) Complications post-opératoires.

A) COMPLICATIONS PATHOLOGIQUES

Parmi les complications pathologiques, c'est l'infection qui est le plus souvent à redouter.

La tumeur elle-même, corps étranger à l'intérieur du maxillaire, ne peut pas être le siège d'une suppuration, de même qu'une projectile peut rester quelquefois sous la peau ou plus profondément, pendant des années, sans provoquer le moindre désordre. Mais, à un moment donné, par suite d'un apport sanguin de germes, le tissu environnant le projectile peut réagir et suppurer.

Un fait dans les cas d'odontome favorise cette inflammation, c'est l'accroissement de la tumeur. Lorsqu'elle a acquis un certain volume, cette tumeur ulcère la

gencive et la porte d'entrée de l'infection est ouverte.

Cette infection s'observe parfois sans solution de continuité, par voie hématogène, mais c'est un fait beaucoup plus rare.

La tumeur, elle-même, recouverte presque toujours, par une coque d'émail, ne peut pas être touchée par la suppuration.

Dans la plupart des tumeurs ayant été enlevées après une période assez longue de suppuration, on a toujours observé l'intégrité de la masse tumorale elle-même.

La suppuration commence toujours par la capsule, enveloppe de la tumeur.

On observe, à ce moment-là, une poussée inflammatoire très douloureuse en général, qui aboutit, si on n'intervient pas à temps, à une fistulisation.

La fistule siège dans la majorité des cas au voisinage de la tumeur, à l'intérieur de la cavité buccale.

On a observé des cas de fistules cutanées provenant de la région molaire supérieure et qui s'ouvrent à l'os malaire.

Au maxillaire supérieur, il faut craindre une sinusite, étant donné le rapport immédiat entre les dents et le sinus, surtout au niveau des prémolaires.

Les fistules ayant leur point de départ aux incisives supérieures, peuvent s'ouvrir dans les fosses nasales.

La fistule peut donner issue à du pus pendant très longtemps et ne guérira pas avant qu'une intervention radicale ne supprime la tumeur ainsi que la poche qui en est la cause.

Si on n'intervient pas, l'os maxillaire peut être pris à son tour et on aura un odontome compliqué d'ostéomyélite.

Outre cette infection locale, la tumeur ayant acquis un certain volume et faisant saillie dans la cavité buccale, peut provoquer l'ulcération de la langue ou de la joue.

Les dents voisines sont souvent cariées. On est en droit de penser, que les troubles de nutrition dont la région est le siège jouent un certain rôle.

B) COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Nous verrons plus loin, dans le chapitre du traitement, que l'intervention exige souvent l'emploi de la gouge.

Or, le maxillaire inférieur étant aminci au niveau de la tumeur peut facilement céder et nous aurons une fracture opératoire qui parfois sera difficile à consolider, étant donné la fréquence relative des odontomes suppurés.

Le rapport immédiat du nerf et de l'artère dentaire inférieure peuvent donner naissance à d'autres complications.

La section du nerf dentaire inférieur est sans importance et dans la suite nous aurons simplement une petite zone d'anesthésie dans la région mentonnière. Quant à la section de l'artère dentaire inférieure, elle donne lieu à une petite hémorragie cédant aux moyens habituels d'hémostase.

Au maxillaire supérieur, le rapport immédiat du sinus, peut causer quelques ennuis. C'est surtout pour les prémolaires qu'il faut craindre ces complications.

Normalement, le sinus est séparé de l'apex par une très mince lame osseuse et parfois même simplement recouvert par la muqueuse.

Dans le cas d'odontome des prémolaires, la tumeur fait saillie dans la cavité sinusale.

Au cours de l'intervention on peut ouvrir le sinus, et dans ce cas, il faut le curetter.

C) COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

La persistance des communications bucco-nasales ou bucco-sinusales s'observent dans les suites des interventions sur les odontomes infectés.

Les désagréments qui en résultent sont nombreux. Passage des aliments dans le nez ou dans la cavité sinusale, risques de réinfection du sinus, modification de la voix.

On peut mettre fin à tous ces inconvénients en intervenant secondairement et toujours par une autoplastie, une fois la suppuration tarie.

Dans l'impossibilité de guérison par intervention chirurgicale, il ne reste qu'à recourir à l'appareil de prothèse.



Le pronostic des odontomes est bénin, mais tout dépend en grande partie des complications.

On ne trouve pas dans la littérature, des cas de métastase de ces tumeurs.

Les tissus dentaires ont été retrouvés en dehors des maxillaires uniquement dans certains kystes dermoïdes, qui, comme nous le savons, sont des tumeurs tératoïdes et non pas des métastases.

Les odontomes, en se développant refoulent les tissus et ne les envahissent jamais.

La tumeur n'exerce aucune action sur les ganglions tributaires de la région où elle se développe.

La compression du nerf peut provoquer, à la longue, des phénomènes névritiques, mais c'est le plus souvent, l'infection qui, par ses manifestations aiguës, oblige le malade à appeler son médecin ou, ce qui arrive le plus souvent, le stomatologiste.

L'engorgement ganglionnaire en présence d'un odontome diagnostiqué cliniquement et radiologiquement, constitue le meilleur signe d'une suppuration de la poche tumorale.

Toute la gravité de ces tumeurs dépend donc des complications. Les complications infectieuses sont les premières à redouter. Elles surviennent surtout quand la tumeur est arrivée à perforer la gencive.

La porte d'entrée de l'infection peut être réalisée par des interventions dans le voisinage, extraction de la dent voisine par exemple. La carie de la dent voisine ou l'obturation faite hâtivement sans nettoyage des canaux, constituent la cause non moins fréquente.

Ce sont donc des tumeurs essentiellement bénignes, qui, opérées à temps, sont suivies de la guérison complète et définitive.

Et ici, une fois encore, se vérifie la loi de Isidore Saint-Hilary, qui vers la fin du siècle dernier, nous a appris que les tumeurs sont d'autant plus rares et d'autant plus bénignes qu'elles se développent sur des organes plus nombreux.

Chapitre VIII

TRAITEMENT

Le traitement des odontomes est uniquement chirurgical.

Autrefois, on croyait que pour éviter une récurrence, il valait mieux réséquer partiellement l'os maxillaire. Or, nous savons depuis longtemps que les odontomes ne récidivent jamais. C'est un corps étranger d'origine dentaire et il suffit de l'enlever complètement pour guérir définitivement le malade.

ANESTHÉSIE

Dans les cas des petites tumeurs et non infectées opérées par voie buccale, l'anesthésie tronculaire ou même locale par infiltration de novocaïne, suffit et doit suffire dans la majorité des cas.

Ce n'est qu'exceptionnellement (chez les enfants, notamment), qu'on doit employer l'anesthésie générale.

Et ici, comme dans toutes les interventions portant sur la cavité buccale, il y a parfois avantage à recourir à des anesthésiques dits de base, récemment créés et utilisant la voie rectale et intraveineuse.

INTERVENTION

Deux voies peuvent être utilisées :

Voie buccale et transmaxillaire.

C'est à la première qu'il faut recourir presque systématiquement, pour éviter les cicatrices inesthétiques et les fistules longues à guérir, qui se produisent quelquefois dans les suites opératoires des odontomes infectés.

La tumeur est généralement enclavée et elle exige l'emploi de la gouge et du maillet. Pour la région de l'angle de maxillaire inférieur, la gouge baïonnette peut rendre de grands services. Il faut surtout éviter les fractures de l'os et si on est obligé d'évider assez largement l'os, il est nécessaire de conserver le bord inférieur.

Les odontomes suppurés sont en général plus faciles à opérer, le pus ayant préparé un bon plan de clivage.

La tumeur le plus souvent extirpée en bloc, il faut curetter la cavité pour enlever complètement la poche. On tamponne avec de la gaze iodoformée qu'on change le lendemain.

Les suites opératoires sont, dans la majorité des cas, normales.

Les parodontomes ont été traités surtout en Amérique.

On trouve, dans la littérature américaine, quelques cas de traitement conservateur de ces tumeurs.

Il s'agit des tumeurs de petite taille, les « perles de l'émail » de certains auteurs, intéressant la couronne ou le collet de la dent.

La tumeur, une fois enlevée à la meule, la dent est obturée après la dévitalisation sous-anesthésie locale. Si la paroi de la dent a été endommagée dans une grande partie, on peut, pour la rendre plus résistante, poser une couronne en métal.

Conclusions

I. — Les odontomes sont les plus rares parmi les tumeurs d'origine dentaire ou paradentaire.

II. — Ces néoformations sont essentiellement bénignes et leur pronostic dépend uniquement des complications.

III. — L'étiologie et la pathogénie n'ont pas été mises au point jusqu'à ce jour.

IV. — L'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique est très bien connue, malgré la diversité des formes.

V. — Le diagnostic est facile, grâce à la radiographie.

VI. — Le traitement est très simple et se borne à enlever complètement la tumeur avec sa poche.

Bibliographie

- ARCOIN. — Ein odontom. *Oster ungar Vurteljalrcschr. f. Zahnheilit*, éd. 1, 56, 1887.
- BOULAUD. — La radioscopie au cabinet dentaire. *La Semaine dentaire*, nov. 1935.
- BAUME (K.). — Ein odontom. *Deutsch. Vierteljahrschr f Zahnheinit*, juli 1874.
- BLAND-SUTTON. — *Oster-ungar Vurtel Zeitung f. Zahnklinik*, janv. 1888.
- BILLERTY. — *Uber ein Zystisch degeneriertis Wurzelodontom. Inaug. Diss Geubun* 1904.
- BROCA. — Recherches sur un nouveau groupe de tumeurs désignées sous le nom d'odontomes. *Acad. des Sciences*, 30 septembre 1867, *Gaz. Heb.* 1868, page 70.
- Traité des tumeurs, t. II, p. 275.
 - Chirurgie de la face (bouche, langue).
- BLAIN. — Chirurgie de la bouche et des mâchoires.
- CHIBRET. — Contribution à l'étude anat. pathol. des épithéliomas adamantins. *Archives de méd. exper. et d'ant. path.*, tome III, série 1, n° 2, 1894. *Thèse de Paris*, 1894.

- DUPLAY. — Odontome de la mâchoire supérieure. *Gaz. Méd.*, Paris, 1879, n° 12.
- DITTROLF. — Sur l'odontome de la mâchoire supérieure. *Deutsch J. für Chir.*, t. CCXXXVII, n°s 11-12, p. 760-767, 1932.
- DERCHER et CODVELLE. — Classification des tumeurs d'origine dentaire. *Revue de stomat.*, juillet 32.
- DUBREUIL. — Leçons d'embryologie humaine. Vigot frères, Paris 1929, p. 96-100.
- ELSNER. — Uber ein fall von odontom mit retinierten rezkahn in oberkiefer. *Dtches Monalsschb. f Zahnklmth*, 1919, Seite 321.
- FALCAO (P.) et CASTRO LIMA (O.). — Sobre un caso de odontoma composito de maxilar. *Rev. otolaryng. de Sao-Paulo*, 3, 1-10 janv. fév. 1925.
- FALLON (P.-O.). — Removal of odontoma composite with 2 comple tely impacted central incisors. *U. S. V. et Bur. M. Bull.*, 4n945-946, novembre 1928.
- FEEDMAN (A.-O.). — Odontoma of maxillary sinus. *Archives oto-lar.*, 16, 710, 715, mai 1932.
- FISCHEL (Alfred). — Grundriss der entwicklung des mendschen. *Verlag von Julius springer*, 1931, s. 58-62.
- GUYON et MONOD. — Odontomes. *Dic. encyclop. des sciences méd.*, tome XIV, série 2, p. 444, 1872.
- GEOFFROY (Etienne). — Anatomie du système dentaire chez l'homme et les animaux, Paris 1836.
- GOT. — Trois cas de tumeurs bénignes solides du massif maxillaire supérieur. *Revue de laryngologie*, 1915-1916, p. 549.

- GUÉRARD. — Recherche sur la dent humaine au moyen de philosophie naturelle. *La Semaine dentaire*, 1^{er} janvier 1928.
- HARBOROV (G.) et TURNER (J.-G.). — Complexe composite odontome. *Proc. Royf. Soc. Méd. sec. dont.* 23, 49, 58, octobre 1930.
- HATTON (E.-H.). — An. unusual adontoma. *Ytr. Chicago Path. s. oc.* 13, 448, I June, 1931.
- HEINE. — Odontome. *Unter besonderer Berücksichtigung der Harten Odontom.*
- Odontome. *Deutsche Monatsch. f. Zahnk* 45, 625, 15, July 1927.
- Seitra zun kapital der ontomoma. *Deutsche zeitschrift g. f. chirurg.* 212, 401, 409, 1928.
- Zur Kasuistik der odontome. *Deutsche Zeitsch. f. chir.*, 224, 103-107, 1930.
- Discussion sur l'odontome. *Dent. zeit. fur chirurgie*, vol. CCXXIV, p. 103-107, 1930.
- HIRONDEL (L'). — Deux odontomes de la mandibule compliqués de deux fractures opératoires. *Rev. de stomatologie*, mars 1933, n° 3.
- HOREST (L.). — Zur frage des veichen odontome der kieferknocher. *Archiv. f. Ohren Nasen u. kehlkoffh.* 138, 30-36, 1934.
- HOGG (A.), JONES (A.-L.) et ARMBRECHT (E.-L.). — Composition odontome in presence of syphilis. *West vi ginia M. J.*, 27, 31-34, janvier 1931.
- HARRISON. — Odontome. *Brit journ. of dental science*, 1862.
- HEATH (Christopher). — Odontomes. *Britch med. journ.*, vol. 1, p. 1375 à 1887.

- HEIDER. — *Atlas rur Path. der Zahne*, Leipzig, 1869.
- HANDBUCH DER SPEZIELLEN. — Pathologischen anatomie und histologie. *Vierter Band*.
- HILDEBRAND. — Tumeur du maxill. produite par développement anormal des dents.
- HORBST (L.). — Sur la question de l'odontome des maxillaires. *Arch. fur Ohren Berlin.*, 31 mars 1934, t. 138, los. 1, p. 30-36.
- IMEERT. — L'émail humain est-il vivant ou mort? *La Semaine dentaire*, 31 octobre 1926.
- JOVAS. — Odontome und Eckzahn. ou un turhen oberkufer enien 62 Jarliger. *Deutches Monattschr. f. Zahnvenie*, 1924, s. 93.
- JACQUES. — Odontome suppuré et fistulisé du maxillaire supérieur. *Revue médicale de l'Est*, t. 57 (1929), page 188. *Ana. in annales*, t. XLIX, p. 104, 1930.
- Odontome suppuré et fistulisé du maxillaire inférieur. *O. R. L. Intern.*, 13, pages 468-470, novembre 1929.
- KROGIUS. — Uber der odontoplastische odontom. *Archiv. f. Rhin. chirur.* Bd. 50 H 2.
- KOLIKER. — (Histologie). Trad. franc. Legros et Magitot. Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, 1873.
- LAMARQUE et DAMON. — Un cas d'odontome décelé par la radiographie. *Société de Radiologie du Littoral méditerranéen*, séance du 18 mars 1934. *Marseille Médical*, n° 14, 15 mai 1934.
- LETENNEUR. — Odontome radiculaire cémentaire. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1863, p. 69.
- LLOYD. — Composite odontome of the super jav. *Lancet*, 1888, janv. 14.

- MC. IVER (C.) et GNOSH (N.). — Case of dentigerous cyst. follicular odontome. *Indian m. gaz.* 65, 89, 90, fév. 1930.
- MERCANDINO (C.-P.) et APRIL (H.). — Odontoma et odontoplastico completo del maxilar inferior. *Rev. assoc. méd. argent.*, 46, 643-650, june 1934.
- MAUREL (Gérard). — Chirurgie maxillo-faciale.
- MAAG. — Odontom in Autrum Highmori. *Deutsch Med. nohenshev*, 1914, S. 455.
- MARTEUS. — Uber einen Fall. von odontom und siber Knochentumoren ein Rônhgenbild Frei chirurg. *Vereing Zentrabl. f. chirurgie*, 1902, n° 32.
— Zur Kentnis der Odontome Chardé. *Ann. Jg 27*.
- MIKULICZ. — Kummel Die Krankheiten des Mundes. Paris, 1878.
- OMBREDANE. — Chirurgie des mâchoires, tome xvi.
- PITTS (A.-T.). — Three cases of compund composite odontoma. *Proc. Roy Soc. med. sect. Odont.* 22, 33-37 mars 1929.
- PRITCHARD (G.-B.) et KENSHOLE (H.). — Complexe composite odontome. *Proc. Royx. soc. med.* 25 1461, 1466, July 1932.
- PANAS. — Odontome osteoplastique fibreux avec grains de dentine. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1876, page 347.
- RAISON et RAMORINO. — Un cas d'odontome chez un enfant de 7 ans. *Revue de Stomatol.* 30, 204-207, avril 1928.
- ROUSSEAU, DECELLE et CROQUEFER. — Tumeur solide d'origine dentaire, épithélioma adamantin, odontome ou parodontome radiculaire? *Revue de stomatol.*, 34, 1-5 janvier 1932.

- RYWKIND (A.-V.). — Zur Pathologie des odontomes. *Vrljsschr. z. Zahuh.* 45; 562-605, 1929.
- Zur Pathologie des odontomes. *Virchows archiv. f. path. anat.* 277-228-247, 1930.
- RUSHTON-MARTIN. — Quelques odontomes composites et cavitaires. *La Sem. dent.*, n° 12, 21 mars 1937.
- PAUER. — De l'odontome. *La Semaine dentaire*, 2 décembre 1934, p. 1282.
- RETTET. — De l'écorce des dents simples. *La Semaine dentaire*, 29 mai 1927.
- SCHULTZ (L.-V.). — Odontomas, classification diagnosis and treatment. *J. mer. dent. A.* 17; 1874-1879, octobre 1930.
- SPRAWSON (L.). — Definition of odontome. *Brit. dent. J.* 50 775 I, July 1929.
- STAFUE (E.-C.). — Denticles, supernumerary cuspids and compound composite odontomes. *Dental Cosmos* 73; 796-798 aug. 1931.
- SCHUMANN. — Ein Fall von Odontom des Unterkrefers. *Inang. Dissc. Leipzig* 1905.
- STEWART. — Progrès dans nos connaissances sur l'innervation de la dentine. *La Semaine dentaire*, 24 janvier 1937.
- STAFNE. — Periapical osteofibrosis with formation of cementomas. *Journ. of. the American Dental Association*, octobre 1934, p. 182.
- TROCHLID. — Odontome du maxillaire infer. *Rev. Méd. de l'Est*, 15-4-1929.
- WATSON (A.-V.). — Compounds composite odontome. *Brit. dent. J* 52, 19, 1^{er} janvier 1931.
- WINTER (L.). — Conservative surgeri of follicular odontomata dentigerous cysto. *Dental digest* 36 1-8 janv. 1930.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
Odontomes et Paradontomes
Etude Anatomo-Clinique
par M. Donat SZMULEWICZ

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 16 Avril 1937
Le Professeur, TERRACOL

Vu :
Montpellier, le 17 Avril 1937
le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 Avril 1937
Le Recteur,
TAILLARD

